

PET/CT – Wer zahlt dafür?

Vereinigung südwestdeutscher
Radiologen und Nuklearmediziner

03.02.2012, Karlsruhe

Manfred Gaillard

Geschäftsführer des Berufsverbandes
Deutscher Nuklearmediziner (BDN e.V.)



In Memoriam Prof. Dr. Jörg Mahlstedt



Hier finden Sie alle Informationen:

www.bdn-online.de

www.petev.de



Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Wer entscheidet, ob eine Methode in der Leistungspflicht der GKV ist?



Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Stationär



Verbotsvorbehalt

Jede Methode ist zugelassen,
die der G-BA nicht
„verboten“ hat

Ambulant



Erlaubnisvorbehalt

Jede Methode ist „verboten“,
die der G-BA nicht zugelassen
hat

GKV: Die bisherigen Entscheidungen des G-BA

Stationär



Kleinzelliges Bronchial-Ca



Nicht-Kleinzelliges B.-Ca



Malignes Lymphom



Alle anderen Indikationen
da vom G-BA nicht entschieden
(**Verbotsvorbehalt**)



Ambulant



Kleinzelliges Bronchial-Ca



Nicht-Kleinzelliges B.-Ca



Malignes Lymphom



(nur teilweise zugelassen)

Alle anderen Indikationen
da vom G-BA nicht entschieden
(**Erlaubnisvorbehalt**)



GKV: Die Entscheidung zu Malignes Lymphom

Stationär



Ambulant



PET(/CT) bei malignen Lymphomen zur Entscheidung über die Bestrahlung von mittels CT dargestelltem Resttumor eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von $> 2,5$ cm nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Durchführung einer Strahlentherapie. ✓

PET(/CT) zum Interim-Staging bei Hodgkin-Lymphom und bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen nach zwei bis vier Zyklen Chemotherapie / Chemoimmuntherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Chemotherapie / Chemoimmuntherapie.

Entscheidung vom G-BA vertagt,
über Qualitätsrichtlinie zugelassen

Entscheidung vom G-BA vertagt,
somit nicht zugelassen

GKV: Wer zahlt auf welchem Wege?

Stationär



Keine Sonderhonorierung
für die meisten Kliniken
(nur DRG-Pauschalen)

Wenige Sonderverträge
(z.B. 3 Uni-Kliniken in BaWü)

Ambulant



Bewertungsausschuss



Bislang keine Einigung über EBM-Ziffern



Nicht über KV(-Karte) abrechenbar



Abrechnung per Kostenerstattungs-
antrag / GOÄ (1-facher Satz)

GKV: Wer darf die PET(/CT) durchführen/abrechnen

Stationär



Ambulant



Der G-BA hat bei den o.g. 3 Indikationen **Kriterien** festgelegt, z.B.

- Qualifikation der Ärzte (z.B. 1 000 Untersuchungen in letzten 5 Jahren)
- Mindestanforderungen an Equipment
- Kooperation mit onkologischen Kollegen
- Dokumentation

Derzeit wenig Kontrollen (MDK)

Derzeit wenig Kontrollen durch einzelne Kassen

→ Sobald PET(/CT) im EBM:
Kontrollen durch Kassenärztliche
Vereinigung (KV)

GKV: Wie funktioniert die Kostenerstattung

- ✓ **Kostenübernahmeantrag vor der Untersuchung**

Formloses Schreiben mit ausführlicher Begründung und Kostenvoranschlag
Hinweis, dass alle Anforderungen des G-BA erfüllt.

- ✓ **Bei Ablehnung**

→ Widerspruch bzw. Klage

- ✓ **Nach Genehmigung und Durchführung der PET(/CT)**

Hinweis auf genehmigten Kostenübernahmeantrag

Liquidation nach GOÄ (gegenüber GKV nur 1-facher Satz zulässig)

Kosten des Radiopharmakons (FDG) – Kopie der Rechnung

PKV: Was ist mit Privatpatienten/-kassen?

- PET seit vielen Jahren in der GOÄ ohne Einschränkungen
- Dennoch: Zahlreiche sinnlose Einwände der Privatkassen
 - „Kein positiver Beschluss des G-BA zu dieser Indikation“
 - „PET befindet sich noch im Status der Forschung“
 - Der häufigste Einwand der Privatkassen:
„Die Ziffern 5430 (Tumorszintigraphie, eine Region) bzw. 5431 (dto., Ganzkörper) sind nicht abrechenbar neben den Ziffern 5486 – 5489 (SPECT, PET).
 - **Unsere Rechtsauffassung:** Die Basisleistungen 5430/1 sind gleichzeitig abrechenbar mit den sie **ergänzenden Untersuchungen** 5486 – 5489 (SPECT, PET). Die Ziffern 5486 – 5489 GOÄ setzen eine Leistung nach Ziffer 5430 oder 5431 GOÄ sogar voraus.
 - Zahlreiche Klagverfahren, bei denen die Privatkassen fast immer unterliegen

PKV: Beispiel einer Liquidation nach GOÄ

Empfehlung des BDN (ohne Gewähr)

Ziffer	Legende	Faktor 1,0		Empfehlung	
		Punkte	€ bei Faktor 1	Faktor	€
5	Symptom bezogene Untersuchung	80	4,66 €	1,8	8,39 €
34	Erörterung	300	17,49 €	1,8	31,48 €
5431	Tumorszintigraphie (Ganzkörper)	2250	131,15 €	1,8 bis 2,5	236,07 - 327,88 €
5489	PET	7500	437,15 €		786,87 - 1092,88 €
5269	CT (Höchstwert)	3000	174,86 €	1,8	314,75 €
5377	Zuschlag (Computergesteuerte Analyse)	800	46,63 €	1,0	46,63 €
	FDG (Radiopharmakon)	Tatsächlich entstandene Kosten – gegen Nachweis			

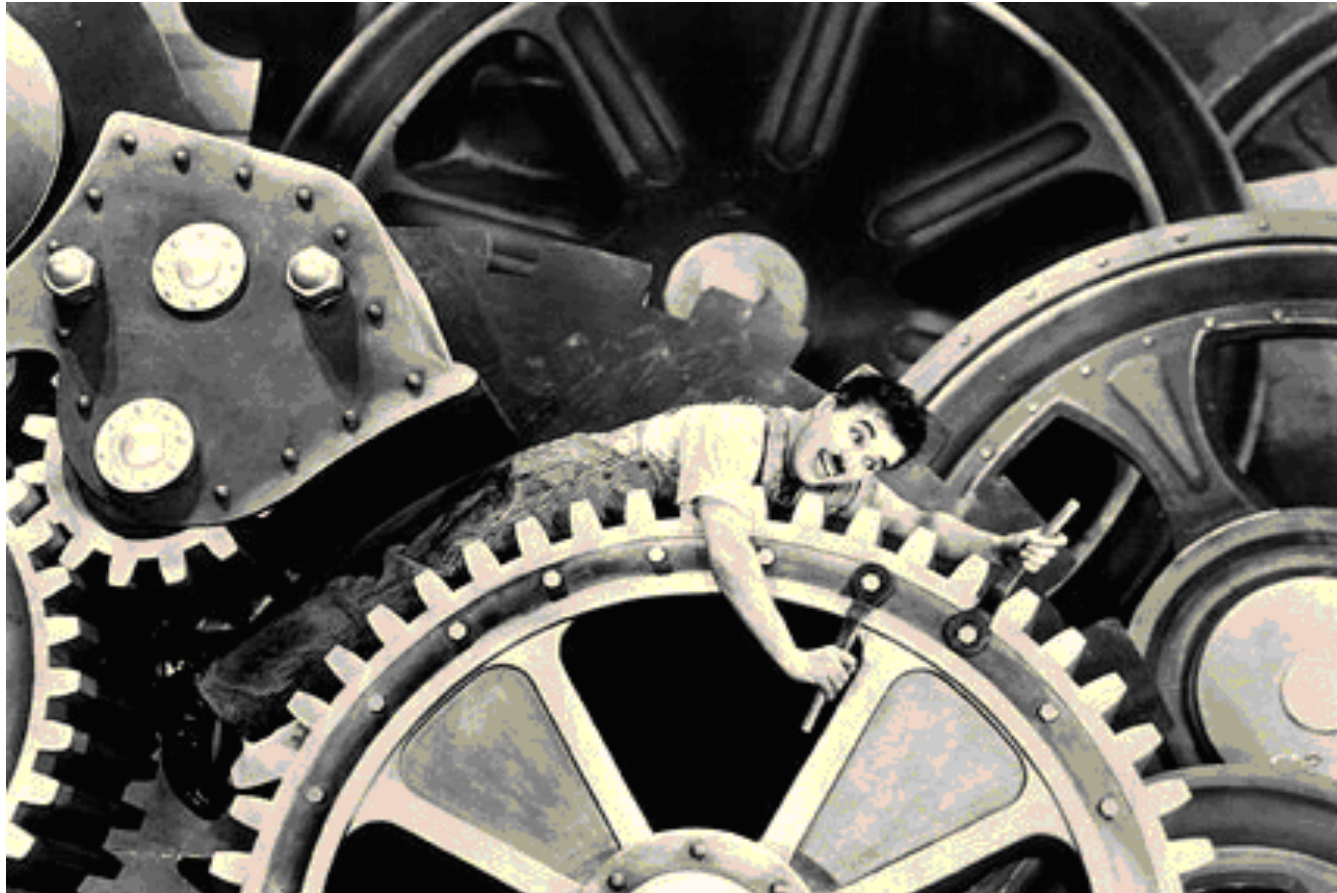
GKV müssen nur Faktor 1,0 akzeptieren, manche akzeptieren mehr.

Noch ein Tipp zu Kassenpatienten

Einige Gesetzliche Krankenkassen akzeptieren zwischenzeitlich auch Kostenübernahmeanträge zu Indikationen, über die der G-BA noch nicht entschieden hat.

- Bessere Erfolgschancen durch
 - Gute inhaltliche Begründung
 - z.B. Abkürzung einer den Patienten (v.a. psychisch) belastenden Stufendiagnostik
 - Hinweise auf zu langes Bewertungsverfahren des G-BA („Systemversagen“)

Danke für Ihre Aufmerksamkeit



Und kommen Sie nicht unter/zwischen die Räder!

Weitere Informationen

www.bdn-online.de

www.petev.de

Gaillard@online.de